

Modelo de recuperación en Salud Mental: ¿es posible en Chile?

Recovery Model in Mental Health: ¿It is Possible in Chile?

Raisa Parra López¹

Resumen

El artículo consiste en una revisión del modelo de recuperación en Salud Mental, como propuesta centrada en las necesidades y requerimientos personales de los usuarios de salud mental vinculados a los servicios de psiquiatría, con el objetivo de favorecer su participación tanto en el diseño y evaluación de programas de tratamiento como en agrupaciones que puedan dar voz a las demandas colectivas en temática de salud mental.

Palabras Claves: Modelo de Recuperación, Salud Pública, Salud Mental, Usuarios, Equipos de Salud.

Abstract

The article consists of a review of the recovery model in Mental Health, as a proposal focused on the personal needs and requirements of mental health users linked to psychiatry services, with the aim of promoting their participation in the design and evaluation of treatment programs and in groups that can give voice to collective claims in mental health issues.

Keywords: Recovery Model, Public Health, Mental Health, Users, Health Teams.

¹ Psicóloga Clínica Hospital de Día, Complejo Asistencial Barros Luco. Magíster en Psicología Teoría y Clínica Psicoanalítica. Postítulo en Clínica Psicoanalítica Adultos. Diplomado en Educación Superior. Docente Escuela de Psicología Universidad Central y Universidad de Santiago de Chile. Email: raisaparral@gmail.com, raisa.parra@usach.cl | raisa.parra@redsalud.gob.cl

Introducción

El concepto de recuperación (*recovery*) ha alcanzado un gran protagonismo en el área de la salud mental, incorporándose en los objetivos de políticas sanitarias de varios gobiernos, especialmente en el mundo inglés-parlante (Williams et al., 2012) existiendo amplia bibliografía y numerosas investigaciones dedicadas a esta temática.

Su origen está vinculado a los movimientos de justicia social que tuvieron lugar en los años sesenta y setenta, representado por grupos de ex-usuarios de los servicios de psiquiatría, quienes a partir de su experiencia denunciaban el modelo de cuidados médicos caracterizado por su énfasis en la sintomatología y la mantención de lugares asimétricos entre profesionales de salud mental y pacientes (Hunt & Resnick, 2015).

En los años ochenta, se realizaron publicaciones de estudios longitudinales que demostraban que el curso de las personas con trastornos mentales severos no conducía inevitablemente al deterioro (Jacobson & Greenley, 2001) sino, más bien, mostraban variabilidad en su mejoría y funcionamiento (Davidson, Rakfeldt & Strauss, 2011). Por otro lado, se reconoció que para los usuarios cobraban mayor relevancia áreas vinculadas tanto a las finanzas, el hogar y el empleo como también la sensación de soledad y exclusión, más que la sintomatología psicótica o el trastorno propiamente tal (Bird et al., 2014).

Paralelamente, los usuarios comenzaron a publicar sus experiencias de recuperación de una enfermedad mental severa, criticando fuertemente el modelo de psiquiatría tradicional que se caracteriza por una tendencia a enfatizar el déficit o la falta, dando prioridad a intervenciones que apuntan, por ejemplo, a la adherencia al tratamiento, puntualmente al tratamiento farmacológico o a desarrollar conciencia de enfermedad. De esta manera, también se cuestiona la tendencia a explicar las manifestaciones sintomáticas exclusivamente desde el diagnóstico, descuidando la interacción compleja de los factores que conducen a estas (Boevink, 2012), tales como el impacto de los determinantes sociales de la salud.

En esta línea, la noción de *recovery* surge diferenciándose de lo que comúnmente se entiende como cura y de la aspiración al retorno de un estado de salud previo o premórbido (Jacobson & Greenley, 2001), como una restitución de la condición de paciente psiquiátrico por la de ciudadano

con pleno derecho. Ello implica abordar no solo los problemas mentales en sí, sino también sus consecuencias, tales como el estigma asociado al hecho de presentar un diagnóstico psiquiátrico, el cual tiene como correlato la marginalidad y la exclusión (a pesar de estar en la comunidad) que se traduce en rentas bajas, dificultad para acceder a trabajos bien remunerados y discriminaciones en el mundo laboral (Boevink, 2012).

Las características del recovery presentan gran filiación con los postulados del Modelo Comunitario de Salud, el cual promueve el reconocimiento de los derechos de los pacientes, el desarrollo de su autonomía y la participación tanto en su proceso de atención como también en la planificación y programación de los tratamientos (Desviat y Moreno, 2012) junto a la promoción de la recuperación tanto en el paciente hospitalizado como en la comunidad (Jacob, 2015).

Mientras que la recuperación es central en el diseño de cualquier recurso socio-sanitario de salud mental en el mundo anglo-sajón, en Latinoamérica no ha recibido suficiente atención entre los gestores de los sistemas de salud mental (Saavedra, 2001) predominando aún un paradigma tradicional en psiquiatría y salud mental con escasa participación de los usuarios (Mascayano y Montenegro, 2017).

Si bien en Chile existen experiencias de salud comunitaria en los años sesenta (cabe nombrar, por ejemplo, la Psiquiatría intracomunitaria del Dr. Marconi, Hospital de Día de Temuco del Dr. Cordero) la dictadura implicó un fuerte receso de estas. Tras el retorno a la democracia en Chile y la Declaración de Caracas en el año noventa, comienzan una serie de reformas en Latinoamérica en torno a la salud mental orientadas a la crítica del papel hegemónico del hospital psiquiátrico y al comienzo de procesos de desinstitucionalización.

En Chile, desde los años noventa se han realizado esfuerzos y avances por abrazar el modelo comunitario, a través de una serie de estrategias como el fortalecimiento de la atención primaria y la introducción de equipos de salud mental, con un fuerte énfasis en la promoción y la prevención. Actualmente, todos los establecimientos cuentan con el Programa de Salud Mental en APS, logrando una alta territorialidad y representatividad (MINSAL, 2018). A ello se suma la creación de tres Planes Nacionales de Salud Mental, en donde se declara la relevancia de la distribución de recursos sanitarios desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad,

traduciéndose en la disminución de las camas de larga estadía, la oferta de hogares o residencias protegidas como alternativa a la hospitalización psiquiátrica (Minoletti, Narvaéz, Sepúlveda, Caprile, 2009; Minoletti y Zaccaria, 2005), la implementación de centros de salud mental comunitaria y hospitales de día y campañas de promoción y sensibilización del estigma y autoestigma (Mascayano y Montenegro, 2017).

Sin embargo, este ha tenido un desarrollo heterogéneo, vinculado tanto a la diversidad geográfica, demográfica y epidemiológica a lo largo del territorio, como también al grado de sensibilidad en temática de salud mental por parte de las autoridades locales de los sistemas de salud y a la resistencia al cambio de paradigma en profesionales (Minoletti et al., 2009). Lo anterior en el contexto de un sistema de salud mixto, donde el sector estatal atiende a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedades (Minoletti & Zaccaria, 2005) en donde el financiamiento de salud mental se aprecia muy por debajo a los parámetros indicados por la OCDE.

En esta línea, persiste como desafío el desarrollo de centros de salud mental orientados hacia los deseos e intereses de las personas con diagnósticos psiquiátricos que, más allá de los síntomas y su funcionalidad, logren responder a las necesidades particulares y oferte un espacio para repensar su lugar en el tejido social, en consecución de su participación tanto en el tratamiento como en la comunidad.

Considerando lo anterior, cabe preguntarse: ¿Qué condiciones dificultan la incorporación del modelo de recuperación en Chile? ¿Cómo se podría facilitar el proceso de implementación del modelo? O bien ¿En qué nos puede ayudar el modelo de recuperación a problematizar ciertas prácticas de los profesionales de salud?

Desarrollo

Este apartado tiene el objetivo de dar cuenta de aquellas características vinculadas al concepto de recovery, considerando que es un concepto que sigue generando confusión y malentendidos (Bird et al., 2014). Esta falta de claridad también se extiende a los usuarios (Aston & Coffey, 2012) siéndoles difícil solicitar ayuda en su proceso de recuperación de acuerdo con sus propias necesidades.

Existe, sin embargo, un amplio consenso sobre los planteamientos de William Anthony (1993):

“La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” (p.527).

En primer lugar, resulta de gran ayuda trazar la distinción entre recuperación clínica y recuperación personal y social: la primera resulta similar a lo que llamamos “*compensación psicopatológica*”, es decir, la remisión sintomática; sin embargo, muchos de los usuarios compensados psicopatológicamente no cuentan –o cuentan de forma limitada– con oportunidad laborales y vínculos significativos (Mascayano & Montenegro, 2017).

La práctica clínica también muestra una tendencia a la aparición de sintomatología depresiva concomitante a la compensación, ya sea por el predominio de sentimientos de culpa y vergüenza que han referido los usuarios acerca de “*lo que hicieron*” cuando estaban descompensados, o bien, porque la realidad psicosocial es extremadamente adversa y con escasas oportunidad de reincorporación.

Esto guarda relación con la recuperación personal, la que es definida por personas que han vivido esta experiencia de recuperación, como un modo de vivir una vida satisfactoria y esperanzadora a pesar de los límites que puedan existir por la patología (Williams et al., 2012).

En la práctica clínica es común encontrar que el motivo de consulta de los usuarios remite principalmente a la posibilidad de inclusión socio-comunitaria, manifestando abiertamente el interés por encontrar un trabajo o retomar sus estudios y, con ello, disminuir la sensación de ser “*un problema*” para sus familias. En sus relatos, se articula principalmente la aspiración por recuperar la autonomía para tomar sus propias decisiones, en donde seguir indicaciones y ser objeto de cuidados se torna para muchos agobiante, y un lugar cristalizado que no permite asirse de otros roles y lugares en el tejido social.

La recuperación personal y social se basa en la idea de un proceso continuo más que lineal, con altos y bajos, difícilmente encasillable en “*recuperado o no recuperado*” (Mascayano y Montenegro, 2017) y muy alejado de la idea de retornar a la fase premórbida o al período asintomático de la persona (Jacob, 2015). Lo anterior, instala la posibilidad de crear una narrativa que permita historizar su propio proceso de recuperación, de forma dinámica, personal y con inclusión de matices, que asegure una noción de continuidad del sí mismo y no un estado inamovible de su ser.

Otra característica consiste en que la experiencia de recuperación es individual para cada persona, a pesar de que emerjan temáticas en común de estas experiencias (Williams et al., 2012) siendo de especial relevancia la formación de agrupaciones que provean un sentido de pertenencia y, a su vez, mantengan la diferenciación y particularidad del propio proceso.

A propósito de que son las personas que están en recuperación quienes definen este proceso (Boevink, 2012), se plantean cinco claves comprometidas en el proceso de recuperación (CHIME) reportadas por los usuarios (Bird et al., 2014):

1. **Conectividad (*Connectedness*):** Incluye el vínculo y apoyo de los compañeros, familiares, amigos y equipo de profesionales de salud mental, siendo lo central el estar conectado con otros.
2. **Esperanza y Optimismo (*Hope and Optimist*):** Es descrito por las personas que han vivido —o están viviendo— el proceso de recuperación como una experiencia de despertar desde la desesperación, implica una participación activa del usuario y está íntimamente vinculado a las personas que rodean al usuario y su creencia en que la recuperación es posible.
3. **Identidad (*Identity*):** Vinculado a reconstruir o redefinir un sentido positivo de la propia identidad socavado por la experiencia de problemas de salud mental o sus consecuencias. Parte de este recorrido implica superar el estigma, por lo tanto, la sociedad en su totalidad necesita estar a bordo en temática de recuperación.
4. **Sentido y Propósito (*Meaning and Purpose*):** Esta categoría incluye elementos interrelacionados sobre temas que van desde encontrar un sentido a la experiencia de enfermedad hasta tener un rol socialmente significativo. Uno de los objetivos del modelo de

recuperación es justamente la inclusión social; por lo tanto, en el proceso de recuperación personal es importante descubrir nuevos roles sociales y realizar actividades diarias que tengan sentido y propósito (Jacob, 2015).

5. **Empoderamiento (*Empowerment*):** Incluye responsabilidad personal y tener control sobre la propia vida, es decir, que las personas acepten el riesgo de sus decisiones, lo cual favorece el desarrollo de la autonomía. Con relación a la planificación de metas en el contexto del tratamiento es de gran importancia que el usuario pueda tomar decisiones informadas, y a su vez que el equipo pueda ofrecer una gama de opciones para que escoja entre ellas.

En este sentido, los servicios cumplen el rol de apoyar o sostener el proceso de recuperación de las personas con enfermedades severas de salud mental (Williams et al., 2012) en la creación de sus planes de recuperación, desarrollo de sus propias metas, elaboración de un mapa de sus procesos y toma de decisiones de las tareas a realizar, lo que incluye el trabajo con el equipo y con otros significativos (Jacob, 2015).

Se pretende, entonces, establecer un vínculo de colaboración entre profesionales y usuarios, basado en el modelo de “decisiones compartidas”, en donde el profesional orienta sobre el tratamiento adecuado a su situación clínica, informando sobre los beneficios y riesgos (Ponzón, 2012) considerando las preferencias individuales, necesidades y valores del usuario, quien, a su vez, cumple un rol activo al orientar o elegir sobre las decisiones clínicas (Hunt & Resnick, 2015).

Los servicios orientados a la recuperación incluyen cuatro claves que orientan su infraestructura (misión, políticas, procedimientos, entre otros) y al equipo de salud. Aquellas que han sido reportadas y ampliamente valoradas por los usuarios son (Farkas, Gagne, Anthony & Chamberlin, 2005):

Orientación hacia la persona (*Person Orientation*): Implica una visión holística de la persona (Boevink, 2012) en donde es visto como alguien que padece o tiene que enfrentar una enfermedad más que un “esquizofrénico” (Craig, 2008), “un caso de esquizofrenia” o alguien cuyo único rol es ser “paciente”. Esta visión considera los múltiples roles que cumple en su vida: padre, madre, hermano, trabajador, estudiante.

Lo anterior conduce a preguntarnos desde dónde estamos mirando al paciente, desde qué lógica y al servicio de qué. El abandono del uso del “caso de esquizofrenia” no alcanza por sí mismo, implica repensar el trabajo clínico aceptando el hecho de una marcada tendencia a plantear la mejoría del paciente en términos de falta de enfermedad, en donde es usual decir y escuchar: “sin ideación suicida”, “sin sintomatología psicótica”, “sin alteración de la sensorio-percepción”, etc. Lo anterior característico de la formación en salud mental y psiquiatría, siendo un desafío poder pensar a los pacientes desde sus recursos e intereses.

Implicación de las personas (*Person Involvement*): La persona está implicada en el diseño y en la entrega de servicios que requiere para lograr sus propias metas en proceso de recuperación.

Autodeterminación (*Self-determination/Choice*): Que la persona tome decisiones por sí misma, en donde el equipo apoya desde una postura respetuosa la opinión y preferencia de los interesados (Craig, 2008) a través de un vínculo basado en la colaboración. Que la persona simplemente cumpla con el tratamiento da cuenta de un vínculo coercitivo que tiende a disminuir el sí mismo y promueve que el usuario siga sintiéndose controlado desde el exterior.

Potencial de crecimiento (*Growth Potential*): Implica el compromiso para mantener la esperanza en que la recuperación es posible, incluye la evaluación del proceso y ajustar el servicio para permitir el progreso y reconocer los logros alcanzados.

Asimismo, todos los programas y personas naturales que apoyan al usuario debiesen incorporar una visión a largo plazo de la recuperación de una persona que trasciende la atención e interacción con el servicio de salud, por lo tanto, la asistencia resulta un medio para alcanzar un fin y no un fin en sí mismo (Boevink, 2012).

En los servicios orientados a la recuperación, el lugar que ocupan los usuarios es de gran relevancia, puesto que, desde su propia experiencia de recuperación, participan en la organización de los servicios, ayudando en el diseño, implementación, entrega y evaluación de estos (Farkas, 2007) promoviendo la participación e implicación de los usuarios del servicio. El objetivo último consiste en ayudar a las personas a desarrollar sus propias capacidades como individuos y ciudadanos (Craig, 2008).

Además de los factores antes mencionados, es de gran relevancia para el camino de la recuperación la seguridad financiera, el trabajo satisfactorio y un lugar estable y seguro para vivir, siendo estas condiciones ambientales básicas para el crecimiento personal, desarrollo de habilidades para el manejo ante el estrés y la adversidad y el fortalecimiento cultural y espiritual (Jacob, 2015). Lo anterior deja en evidencia la relevancia de condiciones materiales básicas para la recuperación.

A pesar de las reformas, los sistemas de salud y financiamiento están hechos para que el usuario se trate en el hospital cuando debiese tratarse en la comunidad. Por lo tanto, es importante modificar el enfoque hacia la persona, fuera del hospital, proponiendo un cambio en un sistema orientado desde la enfermedad hacia la salud (Martínez-Gutiérrez, 2017).

Por último, respecto a intervenciones realizadas en Chile que deberían considerarse al introducir un enfoque de recuperación en los servicios de salud mental, en Santiago se puso en marcha la aplicación de una versión del CTI (Critical Time Intervention) orientada a mantener a las personas vinculadas al servicio de salud mediante la acción de trabajadores comunitarios y pares (ex-usuarios) que se desempeñaron en la comunidad.

Esta intervención generó una actitud positiva por parte de los profesionales y gestores hacia el modelo de recuperación y como pueden transformarse en importantes facilitadores en la implementación de este tipo de intervención (Mascayano y Montenegro, 2017). Por el lado del trabajo de los usuarios, cabe destacar la publicación del Manual de Derechos en Salud Mental realizado por un grupo de ex-usuarios de la red “Locos por Nuestros Derechos”, documento orientado a aportar en el mejoramiento de las relaciones y el respeto hacia personas con discapacidad psíquica.

Conclusiones

Queda pendiente desarrollar servicios centrados en la persona, en sus deseos e intereses, más allá de sus síntomas o funcionalidad (Mascayano y Montenegro, 2017). Entre las condiciones que dificultan la incorporación del modelo de recuperación en Salud Mental en Chile, a la luz de lo mencionado previamente, se podría constatar:

Financiamiento: Una barrera evidente es el financiamiento de salud mental. El presupuesto destinado a salud mental el año 2015 fue del 1,45%, sin considerar el aporte de SENDA, con el cual el porcentaje llega a un 2,13%, insuficiente para la resolución de la brecha de atención del Sistema de Salud en Chile y muy por debajo del 5,0% propuesto como meta en el Plan Nacional de Salud Mental (Minoletti et al., 2009).

Sistema de salud: La entrega del servicio está centrada en el número de atenciones y el cumplimiento de metas dejando en forma secundaria las variables vinculadas al proceso de recuperación, lo cual dificulta el enfoque hacia la persona en consecución de cifras que aseguren la viabilidad de los programas y tratamientos.

Determinantes sociales: Las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan tienen un impacto importante en la aparición de problemas vinculados a salud mental y, a su vez, influyen en el proceso de recuperación, el cual requiere de ciertas condiciones básicas, como, por ejemplo, acceso y calidad de la salud, condiciones de vivienda, seguridad financiera, oportunidades laborales, de capacitación y académicas y que, justamente, en la práctica cotidiana se constata la escasez de estas oportunidades.

La articulación de la red de salud mental: La recuperación debiera atravesar las prácticas en los distintos niveles de atención. ¿De qué sirve que en un solo dispositivo se aborde la recuperación, si en otro no? Por ejemplo, que un Hospital de Día trabaje desde el modelo de recovery cuando el usuario está en promedio 90 días. ¿Qué ocurre cuando vuelve a la atención ambulatoria? La recuperación implica incluso un proceso más allá de la hospitalización, en donde se articule un Plan de Cuidados Integrales a nivel de red.

Equipo de salud: Considerando el escenario clínico actual del saber “psi”, se observa una tendencia a trabajar desde las indicaciones más que

desde un vínculo colaborativo, en donde el establecimiento de objetivos de tratamiento tiende a realizarse desde el propio saber profesional, por ejemplo, la adherencia al tratamiento o el desarrollo de la conciencia de enfermedad (Rosillo y Hernández, 2013). Además, con bastante frecuencia los profesionales de salud tienden a plantear expectativas disminuidas sobre el usuario, las cuales promueven también en sus familias, por ejemplo, el llamado ajuste de expectativas (Jacob, 2015).

Contraparte: La acción de los usuarios ayuda en la construcción de los programas, reformas y políticas sobre salud mental. Da la impresión de que en la realidad local no ha sido posible establecer un diálogo sistematizado con los colectivos de usuarios y ex usuarios de la red, y los grupos articulados de forma autogestionada han encontrado su nicho y apoyo principalmente en la academia.

Con relación a la implementación de un modelo de recuperación que favorezca el involucramiento de la comunidad de usuarios, se cree importante asentar cuales, posiblemente, serían los “primeros pasos” para ello desde la red temática de salud mental:

Plan de Cuidado Individual Transversal: Que un usuario cuente con un PCI transversal en los distintos niveles de atención, ello implica, por un lado, una articulación importante de la red y, por otro, que este plan contenga aquello que es importante para el usuario en su proceso de recuperación (incluso cuando el usuario cree pertinente la alternativa de hospitalización).

Equipos de salud: En base al planteamiento que la percepción y actitud del equipo impactan en el proceso de recuperación, resultaría pertinente de forma inicial espacios para recoger la visión de los equipos de salud en los diferentes niveles asistenciales con relación a las personas con diagnóstico psiquiátrico en su proceso de recuperación. Esta práctica podría incluirse en las consultorías psiquiátricas considerando su potencial articulador de la red.

Implicaría también un abandono progresivo de una postura paternalista para abrirse a la posibilidad de que el usuario elija, haciéndose responsable él o ella de los riesgos de su elección. Esto, sin embargo, es difícil pensarlo en casos extremos como, por ejemplo, cuando el usuario presenta un alto riesgo para sí mismo y/o hacia terceros, en donde se baraja la opción de una hospitalización cerrada, a través de la hospitalización involuntaria cuando

no se puede manejar a nivel ambulatorio o de hospitalización diurna. Esto continúa siendo un punto de conflicto y debate debido al malestar reportado por usuarios que han sido hospitalizados de forma administrativa.

Fortalecimiento de la contraparte: Favorecer el fortalecimiento de agrupaciones de usuarios a través del reconocimiento de prácticas locales que permita la elaboración de proyectos más amplios y colectivos, como también promover su participación en la organización de las actividades del servicio y/o de autogestión, que permitan la evaluación de la entrega de servicios desde la propia experiencia y saber de los usuarios junto a la participación en la generación de programas terapéuticos y su implementación (Mascayano y Montenegro, 2017).

La pregunta que resta realizarnos es: ¿cómo abrimos nuevas modalidades de trabajo con los usuarios y sus familiares? ¿Cómo hacemos para devolverles su saber, su experticia sobre las temáticas de salud mental? ¿Qué espacios podemos habilitar para ello? Espacios que no sean intervenciones puntuales y aisladas, sino más bien de trabajo regular y sistematizado que permita recoger la visión de recuperación desde los usuarios y sus familiares, siendo los servicios y los equipos de salud encargados de facilitar dicho proceso desde un enfoque de derechos, promoviendo la restitución de su rol como ciudadano.

Referencias Bibliográficas:

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, (16), 11-23.
- Aston, V. & Coffey, M. (2012). Recovery: What mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (19), 257-263.
- Bird, V., Leamy, V., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for a personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zeland Journal of Psychiatry*, 48(7), 644-653.
- Boevink, W. (2012). Life beyond psychiatry. In: Rudnick A. (Ed.), *Recovery of people with mental illness: Philosophical and related perspectives* (pp.15-30). London: Oxford University Press.
- Craig, T. (2008). Recovery: Say whay you mean and mean what you say. *Journal of Mental Health*, 17(2), 125-128.
- Davidson, L., Rakfeldt, J. & Strauss, J. (2011). *The roots of the recovery movement in psychiatry. Lessons learned*. New York: John Wiley & Sons.
- Desviat, M. y Moreno, A. (2012). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journey*, 41(2), 141-158.
- Farkas M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(2), 68-74.

- Hunt, M. & Resnick, S. (2015). Two birds, one stone: Unintended consequences and potential solution for problems with recovery in Mental Health. *Psychiatric Services*, 66(11), 1235-1237.
- Jacob, KS. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117-119.
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- Locos por nuestros derechos (2015). *Manual de Derechos en Salud mental*. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
- Martínez-Gutiérrez, MS. (2017). IV Congreso chileno de salud pública y VI congreso chileno de epidemiología. *Revista Chile Salud Pública*, 21(1), 76-80.
- Mascayano, F. y Montenegro, C. (2017). El modelo de la recuperación y la reforma de la atención en salud mental: evidencias, diferencias y elementos para una agenda latinoamericana. *Revista Argentina de Psiquiatría*, (28), 460-467.
- Minoletti, A., Narvaéz, P., Sepúlveda, R. y Caprile, A. (2009). Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En: Rodríguez J. (Ed.), *Salud Mental en la Comunidad* (339-348). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana Salud Pública*, 18(4/5), 346-358.
- MINSAL. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025)*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.

- MINSAL. (2018). *Orientación técnica administrativa: Programa de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud*. Santiago: Subsecretaría de Redes asistenciales, Ministerio de Salud de Chile.
- Ponzón, S. (2012). La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, (10), 263-277.
- Rosillo, M. y Hernández, M. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.
- Saavedra, F. J. (2001). Como encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, 18(1), 121-136.
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., Oades, L. & Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1827-1835.